

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 8

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE TRAITEMENT

DES

ULCÈRES DUODÉNAUX

PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 novembre 1928

PAR

Lucien Pierre-Félix ROCHE

EXTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à AILLY-SUR-NOYE (Somme), le 27 mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	{ Juges
		CHARRIER, agrégé.....	
		• LOUBAT, agrégé.....	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 8

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE TRAITEMENT

DES

ULCÈRES DUODÉNAUX
PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 novembre 1928



PAR

Lucien-Pierre-Félix ROCHE

EXTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à AILLY-SUR-NOYE (Somme), le 27 mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	<i>Juges</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBEQO.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNERENY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmacologique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Ob-tétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Que nous ne saurions trop remercier des
bons conseils qu'il nous a donnés pendant
le temps trop court passé dans son service
et de l'honneur qu'il nous fait en voulant
bien présider notre thèse.

CONSIDÉRATIONS
SUR
LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE TRAITEMENT
DES
ULCÈRES DUODÉNAUX
PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

INTRODUCTION

Les perforations en péritoine libre des ulcères duodénaux sont à l'heure actuelle bien connues. Elles ont donné lieu, dans ces dernières années, à une infinité de travaux. Pourtant il arrive encore qu'elles passent inaperçues, ou bien le diagnostic n'est fait que tardivement, et le malade succombe. Tout l'intérêt de cette question se concentre sur un seul point : la précocité du diagnostic entraînant la précocité de l'intervention.

Dans notre thèse, nous nous sommes efforcé de bien décrire les symptômes cardinaux sur lesquels on base un diagnostic précoce, immédiat, pourrait-on dire. Quant au traitement, il est maintenant bien réglé, et nous exposons simplement les méthodes opératoires avec leurs indications particulières.

Nos sept observations sont dues à l'obligeance de MM. les professeurs Bégouin et Loubat, et MM. les docteurs Dufour et Mailhe. Nous les prions de vouloir bien accepter nos sincères remerciements.

ETIOLOGIE

1° *Fréquence*. — Küttner (Breslau) compte 20 perforations pour 100 cas d'ulcère duodénal. Les frères Mayo indiquent 216 perforations pour 778 ulcères duodénaux, soit 28 p. 100. Ces chiffres sont inexacts parce qu'ils ne tiennent pas compte des malades atteints d'ulcère perforé et morts sans interventions.

Zitronblatt a compulsé les protocoles de 5.320 autopsies échelonnées sur dix années dans un hôpital de Berlin. Il a compté 50 décès dus à un ulcère duodénal perforé, soit 1 mort sur 1.600 décès.

2° *Sexe*. — La fréquence de l'ulcère perforé chez l'homme est noté dans toutes les observations :

Hartmann : 68 hommes, 1 femme;

Gibson : 37 hommes, 1 femme.

3° *Age*. — C'est une complication de l'âge moyen de la vie. Le maximum de fréquence (60 p. 100) apparaît entre 20 et 40 ans.

Mais la perforation peut s'observer beaucoup plus tôt, chez des adolescents et même chez des enfants. Cheimisse, étudiant la fréquence de l'ulcère duodénal chez le nouveau-né, rencontre, sur 3.824 autopsies :

a) 1.109 autopsies chez des nourrissons âgés de 3 jours à 11 mois : 20 ulcères duodénaux, dont 8 étaient perforés;

b) 1.717 autopsies chez des enfants de 2 à 5 ans : 17 ulcères duodénaux avec 4 perforations.

Il résulte de ces chiffres que l'ulcère duodénal est fréquent dans la première année de la vie : la perforation n'est pas une rareté. Toutefois, cette notion ne comporte aucune sanction pratique. La perforation chez le nouveau-né est toujours restée une trouvaille d'autopsie.

4° *Antécédents.* — La perforation peut survenir au cours d'un ulcère en évolution ou au cours d'un ulcère jusque-là latent.

Habituellement, on trouve un passé gastrique net : tantôt, il s'agit de malades qui n'ont jamais cessé de souffrir, et chez qui l'interrogatoire révèle des signes d'ulcère. Parfois, même, le malade est en cours de traitement pour ulcère diagnostiqué. Dans ce cas, les accidents sont aussitôt rapportés à leur vraie cause; d'autres ont présenté autrefois une histoire d'ulcère, mais, depuis longtemps, ils ne souffrent plus, ont cessé tout traitement et se considèrent comme guéris. Ils peuvent très bien, au cours de l'interrogatoire, oublier d'attirer l'attention du médecin sur leur ancienne maladie.

Il en est d'autres sur lesquels les commémoratifs font défaut. Certains ont présenté des symptômes dyspeptiques vagues, sans rapport avec une lésion ulcéreuse. D'autres affirment qu'ils n'ont jamais eu de troubles gastriques d'aucune sorte. Moynihan rapporte l'observation d'un homme âgé de 42 ans, qui à quelques mois d'intervalle fit deux perforations duodénales sans aucun symptôme prémonitoire. Il n'avait jamais présenté de troubles digestifs jusqu'au moment des accidents.

Brenner a trouvé, chez 27 opérés, que :

- 60 p. 100 avaient une histoire typique d'ulcère;
- 33 p. 100 présentaient des symptômes dyspeptiques vagues;
- 4 p. 100 n'avaient jamais eu de troubles jusqu'au moment de la perforation.

5° *Causes favorisantes.* — Pour expliquer la plus grande fréquence chez l'homme, on a invoqué l'alcoolisme, les efforts violents. L'alcoolisme est noté dans l'observation V. Les ma-

lades attachent à l'effort une importance capitale. Mais on relève des causes si différentes (traumatisme, choc violent ou simple éternuement, quinte de toux) qu'on ne peut rien fixer de précis sur le rôle de l'effort.

L'heure et l'abondance du dernier repas auraient plus d'importance. D'après Murphy l'ulcère duodénal se perforerait souvent de trois à quatre heures après les repas. Le malade de l'observation III avait fait un bon dîner trois heures avant que la perforation survienne.

Brenner, chez 8 de ses malades (un tiers), a noté une suractivité intellectuelle ou physique dans les semaines ayant précédé la perforation.

Les perforations d'ulcères duodénaux sont-elles plus fréquentes depuis la guerre ? Autrefois, on les mentionnait rarement. A l'heure actuelle tous les chirurgiens en opèrent beaucoup. Il semble plutôt que l'affection soit diagnostiquée au début, bien plus souvent qu'avant la guerre. On ne voit plus maintenant des malades arrivant à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Siège des perforations.* — On les rencontre presque toujours sur la première portion, très souvent près du pylore.

Statistique de Hartmann, portant sur 71 cas :

64 fois sur la première portion;

3 fois au niveau de l'angle de la première et de la deuxième portion;

3 fois sur la deuxième portion;

1 fois au ras du pancréas.

Radoïevitch, dans sa statistique, indique à peu près le même pourcentage.

Les perforations antérieures sont l'immense majorité des cas. Sur 259 cas, on trouve :

Perforations antérieures : 254 cas;

Perforations postérieures : 5 cas (4 cas : 1^{re} portion;

1 cas : 2^e portion).

2° *Nombre.* — Elles sont généralement uniques. Sur 233 ulcères perforés, Collin trouve :

26 perforations doubles (11 p. 100);

3 perforations triples (1,2 p. 100);

4 perforations quadruples (1,3 p. 100).

Pour Fenwick il y aurait des perforations multiples dans 9 p. 100 des cas.

3° *Calibre.* — Le calibre des perforations varie généralement des dimensions d'une lentille à celui d'une pièce de cinquante centimes. Exceptionnellement on en rencontre de deux et trois centimètres de diamètre. La perforation peut aussi

être punctiforme : il faut l'issue du liquide ou de gaz pour la reconnaître.

Dans nos observations, les perforations sont toujours de petit calibre.

4° *Aspect et classification anatomique des perforations.* — Koch, Shawan et Fremont Vale, puis Moutier distinguent deux types de perforations :

a) une ulcération, primitivement aiguë, à évolution rapide, nécrotique ou embolique;

b) une poussée ulcéreuse au fond d'un vieil ulcus.

a) Le premier cas est très rare : la perforation est contemporaine de la formation de l'ulcère. Il s'agit d'une véritable ulcération perforante d'emblée due à une infection suraiguë, diffuse, de la paroi duodénale.

Macroscopiquement, la perforation apparaît irrégulière, avec des bords frangés, effilochés, noirâtres, indiquant l'acuité d'une nécrose qui marche de pair avec la maladie. Dans ces conditions, on conçoit qu'aucun passé gastrique ne vienne renseigner le médecin.

b) Le plus souvent, c'est un ulcère chronique qui se perfore; la perforation est réalisée soit par une rupture mécanique des tissus amincis au voisinage de l'ulcère, soit par un épisode infectieux surajouté.

Sur des coupes, Moutier montre ces deux processus :

Tantôt, on note l'absence totale de trace inflammatoire au voisinage immédiat de la perforation.

Tantôt, on voit de véritables abcès intrapariétaux au niveau de la perforation. Toutes les tuniques du duodénum sont infiltrées par de l'œdème. Sur trois coupes, Moutier a observé du streptocoque.

Un ulcère cicatrisé peut également se perforer par l'un de ces deux processus.

Cette question de la septicité ou de la non-septicité de l'ulcus perforé a une grosse importance au point de vue thérapeutique.

Lorsqu'il s'agit d'un ulcus perforé mécaniquement, on conçoit que le liquide épanché reste longtemps aseptique. Une intervention, même faite tardivement, aura des chances d'être suivie de guérison.

La malade de l'observation IV avait une perforation duodénale, siégeant au milieu d'un ulcus à bords amincis, prêt à se rompre. Opérée à la douzième heure, elle guérit parfaitement.

Pour Mondor, Duval, Moutier, c'est l'infection de l'ulcus, se traduisant microscopiquement par de l'œdème, qui favoriserait le lâchage des points de suture et la déhiscence secondaire des affrontements. L'infection se traduirait également par les douleurs spéciales, qu'on note parfois dans les quelques jours précédant la perforation. Les prodromes de la perforation ne seraient pour ces auteurs que la manifestation clinique de l'infection aiguë de l'ulcère. On voit combien il serait important de résoudre cette question, puisque, au lieu d'intervenir dès l'apparition des prodromes, ainsi que le conseille Radoïevitch, il faudrait au contraire attendre, d'après Duval, en essayant de refroidir l'ulcère par un traitement approprié.

Liquides épanchés. — Dans les premières heures, ils sont représentés par le contenu gastroduodéal. Leur couleur est variable : claire comme du suc gastrique, louche, gris sale, souvent biliaire, rarement sanguinolente; ils sont presque toujours mélangés de gaz. On y trouve quelquefois des débris alimentaires.

Le liquide est parfois inodore, mais il présente souvent l'odeur aigrelette du suc gastrique. Il se distingue donc du liquide purulent, et toujours très mal odorant, d'une perforation appendiculaire.

Son abondance est très variable.

Quand une perforation vient à se produire, le liquide coule d'abord dans la fosse pariéto-colique droite, puis dans la fosse iliaque droite; de là, il gagne progressivement toute la cavité abdominale. Cliniquement, la progression de l'épanchement se traduit par l'extension de la contracture abdominale, qui,

d'abord sous-costale droite, gagne ensuite la fosse iliaque droite et se généralise plus tard à tout l'abdomen.

Les liquides sont souvent séro-purulents, parfois purulents, mais dans les premières heures la purulence de ces liquides ne signifie pas toujours qu'il y ait présence de germes.

Lecène a montré leur amicrobisme fréquent, au moins dans les premières heures.

Toutefois l'infection des liquides n'est pas en rapport nécessaire avec le temps écoulé depuis la perforation.

Dans 3 cas d'Oudard et Jean, opérés à la quatrième, douzième, vingt-deuxième, trentième, cinquantième heure, les liquides étaient stériles.

Mais dans un cas de Grégoire, opéré à la troisième heure, on a trouvé des streptocoques. Ces différences proviendraient de la septicité ou de la non-septicité de l'ulcère. Pour d'autres auteurs, la septicité des liquides serait en rapport avec leur acidité (le mélange Pepsine + Hcl étant bactéricide).

Il faut remarquer que les liquides épanchés, tout en étant amicrobiens, peuvent être toxiques, et cette toxicité jouerait un rôle considérable dans l'état de schok, souvent très intense, que présentent de tels malades dans les premières heures de la perforation.

SYMPTOMATOLOGIE

La perforation d'un ulcère duodénal en péritoine libre, qu'il y ait ou non des antécédents, se traduit par un syndrome aigu douloureux, d'une allure clinique bien individualisée. Cet aspect se modifie peu pendant quelques heures. C'est la période du diagnostic relativement facile, du traitement efficace. Au bout d'un temps variable, de la sixième à la quinzième heure, les symptômes de péritonite s'installent, masquant petit à petit ceux de la perforation, rendant impossible le diagnostic de cette dernière, si l'on ne connaît pas les accidents du début.

Nous décrivons donc :

- 1° une phase de perforation;
- 2° une phase de péritonite confirmée.

I. — Phase de perforation.

Le début est toujours soudain et brutal; le malade se rappelle toujours exactement le moment de l'apparition des accidents.

Mais la perforation peut être précédée de prodromes qu'il faut soigneusement rechercher, l'intensité des phénomènes douloureux du début faisant facilement oublier aux malades des symptômes parfois assez effacés.

Tantôt ils consistent en troubles généraux vagues : perte de l'appétit depuis cinq ou six jours; fatigue, malaise général; état subfébrile.

Parfois les troubles sont plus caractérisés; la douleur est le signe précurseur capital. Des malades voient soudain un changement dans leurs troubles. Ils souffrent davantage, et continuellement, au niveau de l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Souvent, rien ne peut calmer leurs douleurs, ni le repos, ni les alcalins, ni même l'opium. Quelquefois ils ont en même temps un peu de fièvre, des vomissements alimentaires, acides, ou bien de véritables hématomèses.

Pour Loeper, une constipation exagérée depuis plusieurs jours serait un indice significatif. Dès ce moment, en examinant le malade, on pourra trouver une sensibilité exagérée à la pression au niveau de l'ulcus, avec déjà une certaine rigidité de la paroi abdominale.

Le malade de notre observation VII présente des prodromes typiques. Depuis quelque temps, ce malade, soigné pour ulcère, avait vu ses douleurs changer de caractère et devenir continues, sans être influencées par les repas. Le 23 avril 1928, il ressent un malaise général dans la matinée, avec sueurs profuses, perte d'appétit; le malaise augmente encore dans le courant de l'après-midi, et le soir, la perforation éclate soudainement. Moynihan, Pauchet, insistent beaucoup sur la valeur diagnostique de ces prodromes.

Il y aurait un véritable stade préperforatoire qu'on rencontrerait dans 8 p. 400 des cas environ. Ces symptômes sont, en somme, ceux de l'ulcère infecté et nous avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique que l'infection était souvent en cause dans la perforation d'un ulcus duodénal. Quand on les constate, il sera bon de surveiller attentivement le malade pour l'envoyer au chirurgien dès que les symptômes du début feront leur apparition.

Mais, en règle générale, la perforation apparaît comme un accident brutal.

Le premier signe cardinal des perforations: la douleur. — Elle manque rarement. Lauret la note 114 fois sur 141 observations. Le malade est pris soudainement d'une douleur extrê-

mement violente et brutale qu'il compare à un coup de couteau, à un arrachement; elle peut parfois être syncopale. Moynihan, Pauchet rapportent des cas de mort presque immédiate : « Un homme avait ressenti une heure auparavant une douleur en coup de poignard. J'arrivai près de lui. Il mourut devant mes yeux en manifestant les signes d'une douleur intense. » (Pauchet.)

Elle apparaît en général au point même où se fait la perforation, aussi son siège initial est-il élevé, épigastrique ou sous-costal. Plus rarement elle débute au niveau de l'ombilic (Obs. IV) ou de la fosse iliaque droite. Quelquefois même, le malade ne peut en préciser le siège initial : il souffre dans tout le ventre.

La douleur est rarement localisée; elle irradie souvent dans le flanc droit, et tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de cette irradiation. Plus tard, elle diffuse dans tout l'abdomen; mais même lorsqu'elle est généralisée, c'est encore à droite qu'elle est la plus vive.

Les irradiations douloureuses à distance ne sont pas rares. Dès 1901, J.-L. Faure avait insisté sur la valeur diagnostique de l'irradiation douloureuse à une épaule, ou plus bas au niveau du rachis. Depuis, de nombreux auteurs y ont insisté.

Pour Gibson, il y aurait, au début de la perforation, deux douleurs se succédant presque immédiatement :

« Le malade éprouve subitement une affreuse douleur à l'épigastre. Quelques minutes après, vient cette deuxième et caractéristique douleur dans les fosses sus-claviculaires, le dos ou la nuque. Elle dure peu de temps et le malade l'oublie une fois disparue. Interrogé, il la niera peut-être, pour s'en souvenir dans le bien-être de la convalescence. » (Gibson.)

A notre avis, les irradiations douloureuses dans les épaules ne doivent pas faire oublier l'atrocité et le siège initial de la douleur, faute de quoi on s'expose à orienter le diagnostic vers la colique hépatique, d'où morphine et traitement médical, et mort du malade à coup sûr.

Le deuxième signe cardinal : la contracture abdominale. — Ce deuxième signe est constant et plus important encore que le précédent.

En découvrant le malade, on constate que le ventre est plat, ou même rétracté, et, chez les sujets maigres, on voit se dessiner la saillie des grands droits contracturés. La respiration abdominale est supprimée. Pour s'en rendre compte, on ordonne au malade, couché à plat sur le dos, de faire lentement des inspirations aussi profondes que possible, et on regarde sa paroi abdominale à jour frisant. Outre que le malade a de la peine à inspirer profondément, le mouvement étant arrêté brusquement par la douleur, on constate l'absence du gonflement inspiratoire de l'abdomen. La paroi, rigide, ne présente que de légères ondulations qui se transmettent de haut en bas; la respiration prend le type thoracique pur.

Mais si on voit la contracture, on la sent encore mieux. Sous les mains qui palpent, la paroi abdominale est dure, tendue : c'est le ventre de bois. La moindre pression, en exagérant la douleur, augmente encore la rigidité abdominale.

Au début, la contracture, comme la douleur, a un siège épigastrique ou sous-costal droit. L'extension de la contracture, comme celle de la douleur, suit une marche parallèle à la diffusion du liquide épanché; elle s'étend petit à petit à tout le côté droit de l'abdomen, mais son maximum reste encore dans l'hypochondre droit.

Exceptionnellement, la contracture peut occuper dès le début la fosse iliaque droite sans qu'il soit permis de conclure rien de précis sur le siège de la perforation.

Le troisième signe important : le passé gastrique du malade. — La douleur et la contracture indiquent qu'il y a perforation intestinale; le passé gastrique va nous renseigner sur le siège de cette perforation.

Dans la majorité des cas (10 p. 100) on trouve une histoire typique d'ulcère. Voyons comment elle se présente en clinique :

Il existe deux grandes formes d'ulcère duodénal ayant chacun une symptomatologie particulière. Suivant que celui-ci siège dans la zone pylorique ou en dehors d'elle, on distingue :

1° l'ulcère duodéno-pylorique, le plus fréquent;

2° l'ulcère duodénal vrai, beaucoup plus rare.

Dans le premier cas, les malades se plaignent de douleurs très violentes siégeant à l'épigastre, apparaissant deux ou trois heures après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. Souvent ces douleurs irradient latéralement vers les deux hypochondres, en forme de ceinture, déterminant une impression de constriction de la base du thorax. Enfin, elles surviennent par crises, séparées par des intervalles de guérison apparente. Les vomissements sont peu fréquents; ils sont principalement aqueux et acides.

Chez ces malades, l'état général est à peine touché; ils ont bon appétit. La constipation est la règle.

Dans le deuxième cas, la séméiologie est strictement duodénale : douleurs tardives, à horaire fixe, remarquables par leur intensité; elles sont térébrantes, semblables à des brûlures; elles siègent à droite et irradient de ce côté vers la face inférieure du foie ou vers la région cæco-appendiculaire; elles ne sont pas calmées par l'ingestion de nouveaux aliments ou d'alcalins.

Elles surviennent par crises pendant quelques mois, puis se calment, pour réapparaître de nouveau après des mois ou des années de digestion parfaite. Comme il n'y a presque jamais de vomissements, que les malades ont bon appétit, il en résulte qu'ils peuvent oublier les atteintes antérieures de l'affection. Un vieil ulcère peut ainsi évoluer sournoisement pendant des années jusqu'à l'apparition brutale d'une perforation chez un malade qui se croyait guéri depuis longtemps. Ceci expliquerait sans doute certaines statistiques dans lesquelles 20 p. 100 des perforations surviendraient chez des malades sans antécédents.

A côté de ces symptômes fondamentaux, ceux que nous

allons décrire maintenant sont moins importants pour le diagnostic.

a) *Vomissements*. — Ils sont souvent observés dans les heures qui suivent la perforation. Ce sont presque toujours un ou deux vomissements d'abondance moyenne, muqueux, bilieux, plus rarement alimentaires, très rarement sanglants. Leur fréquence varie beaucoup suivant les auteurs. Moynihan écrit :

« Les vomissements peuvent apparaître précocement, mais ils l'ont souvent défaut. Dans tous les cas, ils n'ont aucune valeur au point de vue du diagnostic. »

Pour Petren, on les verrait dans 50 p. 100 des cas, pour Lauret dans 74 p. 100 des perforations duodénales. Les hématemèses sont exceptionnelles. C'est un syndrome grave, comportant un mauvais pronostic, de même que les vomissements copieux et fréquents dans les premières heures.

b) *Sonorité pré-hépatique*. — Précoce, inconstante, il faut distinguer cette modification de la matité hépatique, due à un épanchement gazeux, insinué entre la paroi abdominale et la face convexe du foie, de la sonorité hépatique constante, liée à la distension atonique du côlon, signe banal de la péritonite confirmée.

À la période de perforation, elle peut coexister avec un ventre parfaitement plat; la coexistence de ces deux symptômes aurait même une certaine valeur diagnostique. Pour la rechercher, il faut percuter sur la ligne axillaire. En effet, en percutant sur la ligne mamelonnaire, on peut trouver un peu de sonorité préhépatique, due au côlon distendu par les gaz, tandis que toute sonorité sur la ligne axillaire remontant à deux travers de doigt au-dessus du rebord costal est la révélation de gaz épanché à ce niveau. La matité hépatique peut d'ailleurs être remplacée sur toute sa hauteur par de la sonorité.

John Deaver donne les chiffres suivants; sur 147 cas, on trouvait la matité :

Disparue dans 43 cas;

Diminuée dans 46 cas;

Intacte dans 58 cas.

Dans nos observations, nous ne la trouvons qu'une seule fois diminuée.

c) *Toucher rectal*. — On provoque souvent une très vive douleur par le toucher rectal, très peu de temps après la perforation. Quelques gouttes de liquide duodénal tombées dans le Douglas suffiraient à provoquer la sensibilité au toucher rectal. Cette douleur serait beaucoup plus précoce dans la perforation d'ulcus que dans les appendicites perforées.

La constatation d'un épanchement liquide dans l'abdomen, est rarement décelable par la palpation à cette période. On n'en trouve que quelques observations dans la littérature.

d) *Auscultation*. — Brenner a décrit un frottement, de timbre métallique, en auscultant à droite, au-dessous du rebord costal.

Hustin décrit trois symptômes à l'auscultation :

1° Propagation jusqu'à l'ombilic des bruits thoraciques à travers la caisse de résonance que constitue la cavité abdominale distendue par les gaz;

2° Des frottements péritonéaux semblables aux frottements pleuraux, liés à la présence d'exsudats recouvrant le duodénum, l'estomac, le foie, le péritoine pariétal; on les entendrait au niveau du rebord costal droit;

3° Un tintement métallique, survenant à chaque expiration et lié au passage d'une bulle de gaz chassée du duodénum à travers la perforation et venant éclater dans l'épanchement liquide environnant.

Aucun de ces signes n'est spécifique de la perforation duodénale. Ils ne sont pas mentionnés dans nos observations.

e) De Witt Stetten note, comme signe précoce, le ballonnement du quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Alors que le ventre est rétracté dans tout le reste de son étendue, il aurait constaté assez souvent, dans les perforations duodénales, un ballonnement assez prononcé de la fosse iliaque gauche, qui disparaît au début de l'anesthésie, dès que la paroi abdominale se relâche un peu.

Ce signe, d'après lui, n'existerait pas dans les perforations d'origine appendiculaire.

f) *Radioscopie*. — Elle peut rendre des services au début de la perforation en décelant une minime quantité de gaz épanché dans le péritoine, mais il ne faut pas qu'elle retarde l'intervention.

Vaughan et Brams, pratiquant systématiquement la radioscopie chez des malades atteints de perforation ont eu un résultat positif dans les 87 p. 100 des cas.

Le patient est examiné couché sur le côté gauche, dans une salle attenante à la salle d'opération. Deux heures après la perforation, on constate une mince bande de gaz, occupant la partie la plus élevée de la cavité abdominale, entre la paroi et la face externe du foie. Cette bande gazeuse, brillante, se déplace en même temps que les changements de position du malade.

ETAT GÉNÉRAL. — A la période de perforation, il diffère profondément au début des accidents, et quelques heures plus tard.

La douleur initiale s'accompagne toujours d'un état de shock plus ou moins marqué. Le malade est pâle, angoissé, courbé en deux par la douleur. Son regard est fixe et inquiet, des gouttes de sueur perlent sur son front, la respiration est rapide et légère, la parole brève, hachée.

Mais souvent, on ne voit le malade que deux ou trois heures plus tard. Le shock s'est effacé. Souvent il n'y a plus de pâleur du visage, l'expression n'est plus angoissée, la douleur atroce du début s'est calmée, ou même a disparu. Le pouls est bien frappé; il bat entre 70 et 80; il n'y a pas d'élévation de la température. Seule, la respiration reste un peu courte et accélérée.

Ce soulagement, cette accalmie traîtresse de la période de perforation est classique. Un de nos malades (Obs. II), se sentait bien quatre heures après le début des accidents. Brenner rapporte, dans une observation, qu'un de ses malades, huit

heures après la perforation, s'écriait : « Mais je me sens très bien maintenant ! », et refusait l'opération.

Mais, si nous découvrons le malade et si nous palpons l'abdomen, nous constatons de suite un signe capital : Tout le ventre est de bois, avec maximum de la rigidité musculaire au niveau de l'épigastre et du rebord costal droit. Dans l'observation II, c'est sur ce seul signe qu'on décida d'intervenir, alors que le malade paraissait tout à fait bien.

A mesure que le temps s'écoule, le tableau clinique change complètement. Le malade évolue rapidement vers la péritonite confirmée, à moins qu'on n'intervienne précocement.

II. — Phase de péritonite confirmée.

Il est impossible d'indiquer l'heure précise à laquelle le malade entre dans cette période. Pour chaque cas, interviennent : l'âge et la résistance du sujet, le calibre de la perforation, la septicité de l'ulcère et du liquide.

Si on prend comme critérium la présence du liquide purulent dans la cavité péritonéale, on voit qu'un tel liquide est rarement constaté avant la neuvième heure, qu'il ne manque jamais après la vingt-quatrième heure.

Cliniquement, les symptômes de péritonite apparaissent entre la sixième et la vingt-quatrième heure. Le premier signe est l'accélération du pouls. Si on le prend d'heure en heure, on constate que sa fréquence augmente sans cesse, en même temps qu'il devient petit, filant. La température monte à 39-40 degrés, pour tomber au-dessous de la normale à la période ultime.

La douleur diffuse à tout l'abdomen; elle perd de son acuité, pour disparaître presque complètement un peu avant la fin.

Les vomissements sont abondants, persistants, bilieux, porracés, puis fécaloïdes. Le hoquet n'apparaît que tardivement. L'arrêt des matières et des gaz est plus ou moins complet. Les urines sont rares.

Le ventre est uniformément ballonné et douloureux, la contracture est moins apparente à cause du ballonnement. La matité hépatique a disparu. On peut trouver de la matité dans les flancs.

L'état général est de plus en plus mauvais. Le facies devient péritonéal. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, parfois même au bout de plusieurs jours, le malade meurt dans le collapsus.

FORMES CLINIQUES

La perforation d'un ulcère duodénal peut revêtir des aspects différents de celui que nous venons d'étudier. Nous allons les passer rapidement en revue.

1° Perforations couvertes ou subaiguës. — Les symptômes aigus, dramatiques, du début, peuvent tourner court et la maladie évoluer *secondairement* vers une péritonite enkystée pour diverses raisons :

a) L'épiploon, un viscère voisin, ou de simples dépôts fibreux peuvent venir boucher la perforation, surtout quand elle est étroite, et arrêter l'épanchement du liquide duodénal dans le péritoine.

b) La vacuité de l'estomac et du duodénum, le spasme du pylore, favoriseraient cette évolution. Il ne s'écoule qu'une minime quantité de liquide provoquant la formation rapide d'adhérences;

c) Au cours de poussées inflammatoires dans l'évolution de l'ulcère, celui-ci est devenu adhérent aux organes voisins.

Dans tous ces cas, au lieu d'une péritonite généralisée, il ne se produit qu'un abcès sous-hépatique ou sous-phrénique. Exceptionnellement, la guérison spontanée peut survenir en cas d'épanchement intra-abdominal, particulièrement peu abondant et peu septique. Tel a été probablement le cas du malade de l'observation VIII. Il a été pris brusquement d'une violente douleur épigastrique, ayant tous les caractères d'une douleur perforante. Elle a duré quatre heures, le malade a eu un vomissement. Puis tout est rentré dans l'ordre et le malade

n'a plus présenté que des petites douleurs dans l'hypocondre droit. Six mois plus tard il faisait une nouvelle perforation.

Dans ces cas, le début est le même que celui que nous avons déjà décrit : coup de poignard abdominal, parfois phénomènes de shock, vomissements. Puis les symptômes s'amendent rapidement : le pouls reste normal, l'état général est bon. L'abdomen qui était contracturé au début redevient souple, excepté au niveau de la région hépato-gastrique, qui reste très douloureuse à la palpation. Deux éventualités peuvent se présenter : ou bien le malade guérit, ou bien, au bout de cinq-six jours, apparaissent les signes d'un abcès sous-phrénique : la fièvre apparaît : elle oscille entre 38,5 et 39. Le pouls accéléré marche de pair avec la température. Rapidement, le malade prend l'aspect du sujet en proie à une suppuration profonde : teint terreux, traits tirés, langue sèche, saburrale.

A l'examen, on constate l'immobilité des dernières côtes, et quelquefois, une voussure de l'hypocondre droit qu'on pourra apercevoir à jour frisant.

La palpation, très douloureuse dans le cas où l'abcès évolue vers l'abdomen, montre au niveau de l'hypocondre droit et de l'épigastre un plastron dur ou pâteux, à contours mal limités. La percussion montre de la matité ou des zones alternantes de matité ou de sonorité selon que l'abcès contient ou ne contient pas de gaz.

Si l'abcès évolue vers le thorax, le malade aura de la dyspnée, un point de côté. Les signes physiques simuleront une pleurésie ou un pyopneumothorax.

Le diagnostic étiologique se fera d'après l'histoire de la maladie (accidents douloureux du début); il faut se hâter d'intervenir avant qu'une rupture de l'abcès ne soit venue créer une pleurésie ou une péritonite secondaire.

2° Perforations latentes. — Formes exceptionnelles, où, sans fracas, la perforation s'est faite et où le développement de la péritonite vient seul, au bout de quelques heures ou de quelques jours, caractériser la maladie. Le docteur Chenut a rap-

porté récemment un cas d'ulcère duodénal perforé depuis plusieurs jours, qui avait été pris pour une sténose de l'S iliaque. Notre observation V rapporte une histoire semblable : dans les deux cas, il n'y avait eu aucun symptôme classique : pas de douleur atroce, la paroi était souple et peu douloureuse, pas d'antécédents.

Dans les deux cas, la mort survint du fait de la péritonite généralisée.

DIAGNOSTIC

Devant les symptômes à grand fracas du début, le médecin est habituellement appelé de bonne heure. Il importe donc de faire le diagnostic à la période de perforation. Il se basera sur les quatre signes suivants :

- 1° Douleur violente et soudaine;
- 2° Ventre de bois;
- 3° Siège élevé épigastrique et sous-costal de cette douleur et du maximum de la contracture;
- 4° Passé gastrique du malade.

Analysons rapidement ces différents signes :

La douleur et la contracture s'observent pour ainsi dire dans presque tous les cas. La douleur est une des plus vives que l'on connaisse. Pauchet écrit à son sujet : « Chaque fois que je constate l'apparition de douleurs spontanées extrêmement violentes, douleurs à la suite desquelles le médecin hésite entre appendicite perforée, cholécystite perforante et ulcus gastrique ou duodénal perforé, si la douleur est très intense et se manifeste avec des réactions formidables, j'affirme qu'il s'agit d'une perforation gastro-duodénale. »

Seule, peut-être, la douleur au cours de la pancréatite hémorragique peut lui être comparée.

La contracture est, si l'on peut dire, le signe capital. Le malade de l'observation II n'avait que ce seul signe. La contracture est spéciale : c'est le ventre de bois, différente de certaines rigidités musculaires plus ou moins prononcées qu'on trouve au cours d'autres affections. La contracture de la per-

foration ne change jamais, quelque manœuvre que l'on emploie pour la rechercher.

Les antécédents sont presque constants, à condition d'y faire entrer tous les cas présentant des symptômes dyspeptiques, même frustes, et non pas seulement les antécédents ulcéreux évidents.

En dehors de ces signes cardinaux, les autres ont moins d'importance. Leur absence ne devra pas faire rejeter le diagnostic de perforation.

Il est deux points qui méritent d'attirer l'attention : l'amélioration trompeuse qui succède parfois au bout de quelques heures aux symptômes aigus du début et l'apparence trompeuse de bien-être qui succède à l'administration de morphine. Mais cette dernière ne fait pas disparaître la contracture. Au contraire, elle continue à s'étendre à tout l'abdomen, comme si l'on n'avait pas fait de piqûre de morphine.

Nous diviserons le diagnostic différentiel en deux parties : d'une part, nous signalerons les erreurs graves qui conduisent à des désastres, d'autre part, les erreurs peu graves, qui commandent tout de même l'intervention.

I. — Erreurs graves.

Considérée en elle-même, la douleur peut donner lieu à de nombreuses erreurs :

a) *Colique hépatique*. — Les irradiations dans l'épaule droite peuvent y faire penser. C'est ce qui est arrivé pour le malade de l'observation VI.

b) *Colique néphrétique*. — Elle a prêté parfois à confusion quand il y a des irradiations lombaires douloureuses.

c) *Colique saturnine*. — La perforation d'un ulcus duodénal a été prise quelquefois pour une colique de plomb chez des saturnins.

Dans ces trois cas, la douleur n'est pas aussi intense que dans la perforation. Il y a de nombreuses irradiations, spécia-

les à chaque maladie. Et surtout on ne trouve pas de ventre de bois.

La douleur de la colique saturnine est calmée par la pression profonde de l'abdomen et s'irradie vers la vessie, le rectum, les testicules. Le poulx est tendu « comme du fil de fer ». En cas de perforation, il devient mou, dépressible.

d) *On peut croire à un ulcère perforé qui n'existe pas.* — Une pneumonie, une pleurésie (surtout la pleurésie diaphragmatique) peuvent être confondues avec une perforation d'ulcus.

Ces affections peuvent débiter soudainement par une vive douleur abdominale, s'accompagner de vomissements et d'une certaine rigidité de la paroi. D'autre part, la toux, l'oppression, les signes stéthoscopiques peuvent manquer au début.

Le diagnostic est facile à condition de penser à ces affections; il y a toujours de la fièvre (39-40), alors qu'elle manque dans les perforations. La contracture n'est jamais très accentuée : on sent un relâchement des muscles à la fin de l'expiration.

On a signalé également des cas de grippe opérés pour perforation : là encore, en l'absence de tout signe distinctif, il y a de la fièvre élevée (40), d'où aspect vultueux, rouge du visage, contrastant avec la pâleur d'un perforé. Les caractères de la contracture abdominale dans la grippe sont les mêmes que ceux que l'on rencontre dans la pneumonie. Il est inutile d'y revenir.

Les crises abdominales au cours du purpura peuvent s'accompagner de douleurs abdominales périombilicales ou épigastriques d'une intensité extraordinaire, de vomissements parfois sanglants, d'un facies abdominal. Les crises coïncident avec l'apparition du purpura ou le précèdent de quelques jours. Il suffit de palper le ventre pour écarter ce diagnostic.

II. — Erreurs peu graves qui commandent l'opération.

a) En pratique se pose le diagnostic avec l'appendicite. Chez la malade de l'observation IV on avait pensé à une appendicite

à cause de la contracture et de la douleur localisées au côté droit de l'abdomen.

En dehors des cas où le malade a des crises antérieures d'appendicite dans son histoire, on pourra souvent faire le diagnostic entre les deux affections.

Les prodromes sont différents dans l'appendicite : léger embarras gastrique avec un peu de fièvre; pesanteur dans la fosse iliaque droite; diarrhée. Ou bien, depuis plus ou moins longtemps, le malade se plaint de troubles digestifs vagues, dus à une appendicite chronique.

Le caractère dominant de ces prodromes est leur manque de netteté, de précision : souvent les malades se contentent de dire que « ça n'allait pas » la veille de la crise appendiculaire.

Dans l'ulcus perforé, les prodromes sont plus nets : douleurs à l'épigastre, vomissements, hématomés.

Le début, brutal, soudain, est en faveur de l'ulcère duodénal perforé. Le début d'une appendicite est rarement brutal (Dieulafoy). Généralement, la douleur est moins vive, mais progressivement croissante. Elle débute souvent par une sensation de barre angoissante au niveau de l'ombilic. Ce n'est qu'au bout de quelques heures que les douleurs se localisent à la fosse iliaque droite. En même temps elles deviennent plus fortes; le maximum de la douleur et de la contracture est dans la fosse iliaque droite, et non dans l'hypocondre droit. Généralement il y a un peu de fièvre ($38^{\circ}5-39^{\circ}$). Il n'y a pas de sonorité préhépatique dans les premières heures.

A la période de péritonite, il devient presque impossible de faire le diagnostic cliniquement. On le fera à l'intervention.

b) *Perforation de la vésicule biliaire.* — Diagnostic différentiel très difficile. La constatation d'un épanchement abdominal rapidement progressif serait en faveur d'une cholécystite perforée, alors que c'est un signe tardif dans l'U. D. perforé. Les antécédents sont différents : il y a des crises de colique hépatique, d'ictère, des troubles dyspeptiques particuliers dus à la cholécystite.

L'existence d'une fièvre typhoïde dans le passé est en faveur de la cholécystite perforée.

c) *Pancréatite hémorragique*. — Il faut penser au pancréas quand on voit survenir chez un sujet bien portant jusque-là, souvent obèse, une douleur épigastrique atroce, avec vomissements et nausées. Le météorisme est généralisé de bonne heure. On constate souvent une tumeur à gauche de la ligne blanche, ainsi qu'une légère cyanose du visage.

d) *Thrombose des artères mésaraïques*. — Affection rare, caractérisée par une douleur atroce, diffusant, dans tout l'abdomen, de la contracture, une diarrhée abondante et fétide. L'hémorragie intestinale manque souvent. Il faut opérer d'urgence.

e) *Occlusion intestinale aiguë*. — Douleur violente, avec vomissements. Météorisme, constipation. Signe de von Wahl.

Nous signalons enfin le diagnostic différentiel avec d'autres syndromes douloureux de l'abdomen, tels que : Crises gastriques du tabes, torsion du pédicule d'un kyste, rupture de grossesse tubaire, hémorragie des capsules surrénales. Toutes ces affections ont des signes particuliers qu'on reconnaît au cours de l'examen.

Il est enfin difficile de préciser le siège gastrique ou duodénal de la perforation. Cela a peu d'importance, le chirurgien devant, au cours de l'intervention, explorer complètement l'estomac et le duodénum, par crainte de perforations multiples.

TRAITEMENT

Il faut intervenir le plus rapidement possible quand une perforation vient de se produire. Toutes les statistiques montrent qu'opérés dans les premières heures, les malades guérissent; avec les heures qui passent, la proportion des succès et des insuccès se renverse.

Une statistique récente de Deaver et Kerck donne 80 à 95 p. 100 de guérisons chez les opérés avant la sixième heure. De la sixième à la douzième heure, les résultats sont moins bons et surtout des plus variables : pour chaque cas, il faut tenir compte de l'abondance et de la nature de l'épanchement, de la septicité de l'ulcère et de celle de l'épanchement, qui sont des facteurs incontestables; aussi les pourcentages varient trop pour qu'on puisse fixer un chiffre approximatif.

De la douzième à la vingt-quatrième heure, les résultats oscillent entre 40 et 50 p. 100 (Meyer, Hartmann, Lecène, Deaver).

Après la vingt-quatrième heure, le pronostic est très sombre. La statistique de Deaver et Kerck donne 10 à 15 p. 100 de guérisons chez les opérés de la vingt-quatrième heure. Moynihan indique une mortalité de 100 p. 100, passée la trente-sixième heure.

Malgré des résultats aussi défavorables, il faut tout de même tenter l'opération chez les malades envoyés tardivement au chirurgien. On a publié des guérisons survenues chez des opérés à la quarante-huitième heure et même plus tard. Notre malade de l'observation VII guérit très bien, tout en ayant été opéré à la trente-huitième heure. Ces cas sont presque toujours des perforations couvertes, et l'opération aura quelque chance d'être efficace.

En cas de shock survenant dès le début, il faut opérer aussitôt, sans attendre que celui-ci disparaisse. Brünner, dans sa statistique, indiquait une mortalité plus élevée chez les opérés dans les cinq premières heures que chez les opérés de la cinquième à la dixième heure. Son opinion est actuellement contredite par tous les chirurgiens.

Recherche de la perforation. — Le malade, convenablement remonté par des injections de sérum et d'huile éthéro-camphrée, jambes emmaillotées d'ouate, est endormi généralement à l'éther. Incision médiane sus-ombilicale.

Dès le péritoine ouvert, un liquide gris sale, parfois verdâtre, presque toujours mélangé à des gaz inodores, s'écoule. La présence de débris alimentaires, de grumeaux de lait, de boisson ingérée depuis peu, oriente les recherches vers l'estomac et le duodénum. L'épanchement est épongé avec des compresses, ou aspiré s'il est abondant; les surfaces sont lavées à l'éther, ou essuyées pour les débarrasser des fausses membranes.

Quand le malade vient avec le diagnostic d'appendicite, on pratique l'incision d'exploration appendiculaire : les caractères de l'épanchement, l'examen de la région cæco-appendiculaire ne laissent subsister aucun doute. Laisser l'appendice, mettre des compresses dans la plaie sans la refermer, car elle servira peut-être pour un drainage ultérieur du Douglas, et faire une nouvelle incision paraît être la pratique la plus raisonnable.

L'opérateur porte d'abord ses recherches sur la face antérieure de la région duodéno-pylorique et de la première portion du duodénum, siège le plus fréquent des perforations.

On découvre en général assez facilement la perforation, grâce à l'issue de liquide et de gaz par l'orifice. On peut au besoin s'aider de pressions sur l'estomac qui font sortir quelques bulles de gaz ou quelques gouttes de liquide quand la perforation est minuscule.

On explore ensuite les autres parties du duodénum et de l'estomac, et si cet examen est resté négatif, il faut aller explorer

la face postérieure du duodénum : parfois l'issue de liquide par l'hiatus de Winslow, la distension anormale de l'arrière-cavité, l'aspect spécial du petit épiploon qui est épaissi et congestionné, peuvent aider au diagnostic. Sinon, on pratiquera un décollement colo-épiploïque pour explorer l'arrière-cavité des épiploons.

La perforation découverte, voyons les traitements qu'on peut appliquer.

I. — Suture simple.

L'indication pressante, vitale, est l'oblitération de la perforation : la suture est la méthode la plus simple et la plus rapide, et même, pour certains chirurgiens, la plus sûre, à condition qu'elle soit parfaitement étanche et solide.

Ses avantages sont bien connus :

- 1° Elle est réalisée avec le minimum de manipulations opératoires;
- 2° Elle est l'intervention la plus rapide;
- 3° Elle permet le minimum d'anesthésie.

Ces trois points sont importants chez les malades arrivés tardivement et très choqués.

Par contre, on a soulevé de nombreuses objections à ce mode de traitement :

1° La suture est souvent difficile du fait du calibre de la perforation et de la friabilité des tissus. La première objection est surtout valable pour les perforations d'ulcères gastriques : au niveau du duodénum, le calibre des perforations n'est jamais très considérable; les perforations larges sont exceptionnelles. En réalité, la pierre d'achoppement de la suture se trouve dans le fait de l'induration et de la friabilité des tissus qui contraignent une parfaite exécution technique de l'occlusion et exposent à la déhiscence secondaire. Tous les auteurs ont observé des cas dans lesquels le malade, bien portant dans les pre-

miers jours qui ont suivi l'opération, a été pris, vers le septième jour, d'une infection rapidement mortelle. Il est juste, d'ailleurs, d'accuser l'infection de l'ulcère plutôt que l'insuffisance de la technique. La fréquence de ces déhiscences secondaires est difficile à fixer, en raison de la rareté des autopsies.

2° On a encore accusé la suture simple de provoquer des adhérences serrées et nombreuses pouvant entraîner plus tard des troubles gastriques.

En fait, la suture simple a ses indications bien fixées :

Elle est indiquée dans les ulcères de petite taille, surtout les ulcères souples et peu indurés dont les bords obéissent bien à la traction des fils, et dont l'occlusion hermétique peut être réalisée sans rétrécissement grave du duodénum. Il est d'autant plus indiqué de s'en tenir à la suture simple, que l'état général du sujet est plus atteint.

Elle est peu indiquée dans les cas de vieux ulcères calleux à large base indurée, qui rend très pénible, parfois même impossible, l'enfouissement de l'ulcère.

Selon les conditions anatomiques de l'ulcère, la technique varie. S'agit-il d'un ulcère étroitement perforé, souple, tel qu'on en observe dans certaines ulcérations à marche aiguë, l'enfouissement peut être réalisé par deux sutures en bourse, en couronnes concentriques, inversant la perforation en un véritable ombilic.

Si c'est un ulcère calleux, les fils de suture coupent les bords friables de l'ulcère. Dans ce cas on pourra appliquer le procédé de plicature large indiqué par Lecène, Willy Meyer. Mais au niveau du duodénum, cette opération rétrécit la lumière intestinale et pose le problème de la gastro-entérostomie complémentaire.

Seidel a décrit un procédé spécial qui ne s'accompagnerait pas de rétrécissement. Il consiste à passer deux fils perforants un peu en dehors du diamètre de la perforation, dans le plan correspondant à l'axe du duodénum, puis deux fils perpendiculaires aux premiers et en dehors d'eux. En nouant ces fils on réalise une occlusion en bourse de la perforation que l'on

enfouit sous quelques points de Lambert. Une frange épiploïque, étalée et fixée sur le tout, achèvera un recouvrement étanche.

Il est prudent de placer à la partie inférieure de l'incision un gros drain de sûreté : la paroi sera solidement reformée en un seul plan, pour aller plus vite. Les fils ne seront enlevés que vers le quatorzième jour.

Résultats immédiats. — La mortalité post-opératoire est tout à fait différente suivant l'heure de l'intervention.

Réduite à 10 ou 15 p. 100 pour les cas suturés avant la sixième heure, elle s'élève au-dessus de 20 p. 100 à la douzième heure et monte à 60 p. 100 après la douzième heure. Le destin de l'opéré réside donc dans la précocité de l'intervention.

Résultats éloignés. — Ils varient suivant la catégorie anatomique de l'ulcère perforé.

a) Les ulcères à marche aiguë et les ulcères latents, mais étant restés souples ou peu indurés, ont de grandes chances de guérir *cliniquement* après la suture simple, facilement réalisable dans ces cas. C'est pour cette catégorie d'ulcère qu'il a été dit que la perforation semblait être une phase curative (Gibson).

b) Dans le cas d'ulcère ancien, induré, calleux, la suture simple est sans action sur l'ulcère; le malade peut guérir de sa perforation; il reste souvent un ulcéreux qui souffre, exposé aux hémorragies, à de nouvelles perforations.

II. — Excision et thermo-cautérisation avant la suture.

Dans le cas d'un ulcère calleux ne permettant qu'une suture médiocre, il paraît logique, pour placer les points en tissus sains, d'exciser, ou de détruire préalablement au thermo la zone ulcéreuse.

Il existe deux procédés :

a) *Thermo-cautérisation : le Balfour.* — Ce procédé se recommande par sa simplicité. C'est la création volontaire, thé-

rapeutique, par destruction ignée de dehors en dedans, de la perforation d'un ulcère. Ce procédé fut appliqué dans l'observation IV, avec de bons résultats.

Cependant, le Balfour, qui a fait ses preuves dans le traitement des ulcères gastriques, est peu employé pour les ulcères duodénaux perforés.

Son gros avantage, sur lequel insistent Mondor et Lauret, c'est la facilité et la rapidité de son exécution, qui le rendent préférable à l'excision.

Son indication la meilleure nous paraît résider dans les ulcères modérément indurés, retenus sous le foie par des adhérences, en somme péniblement accessibles.

b) *Excision*. — Il faut réaliser l'excision complète de la portion calleuse et non la simple régularisation des bords de la perforation. Ses applications sont bien limitées : il faut des ulcères de petite taille, bien accessibles, avec infiltration dure peu étendue, de façon à tailler en parties saines. Au niveau de la région duodéno-pylorique, la pyloroplastie ou la duodénoplastie est de rigueur (Dowden, Heineck, Mikulicz) : excision de l'ulcère parallèlement à l'axe intestinal. On obtient ainsi une plaie ovale à grand axe horizontal, que l'on suture verticalement par deux plans : l'un total et l'autre séro-séreux.

Cette opération est praticable, si la zone indurée est de peu d'étendue, et la résection minime : la gastro-entérostomie peut parfois être évitée. Mais si la perforation est large, la zone cartonnée étendue, la résection devra porter sur presque toute une moitié circonférentielle du tube intestinal. La suture d'une telle résection s'accompagne d'un rétrécissement nécessitant une gastro-entérostomie; dans ces conditions il vaut mieux s'en tenir à une bonne plicature, opération plus simple et plus rapide.

En conclusion : l'excision en enlevant radicalement l'ulcère et ses bords infiltrés exclut le danger d'une hémorragie, d'une récidue, d'un cancer ultérieur, et constitue une condition favorable pour la suture et la cicatrisation. C'est une

bonne opération en cas d'un petit ulcère perforé siégeant sur la face antérieure du duodénum. Les perforations duodéno-pyloriques, qui constituent la majorité des perforations duodénales, se prêtent peu à l'excision, car pour être complète, celle-ci entraînerait une opération longue que le malade n'est pas en état de supporter : pyloroplastie et gastro-entérostomie complémentaire.

III. — La gastro-entérostomie complémentaire.

L'indication dominante de la G. E. complémentaire de la suture, se trouve dans les perforations dont l'obturation a nécessité un enfouissement ou une plicature telle que la lumière intestinale s'en trouve gravement rétrécie. En pareil cas, ce serait aller au-devant d'un désastre par déhiscence des sutures mises en tension, que de négliger la dérivation du contenu gastrique vers le jéjunum. Ce qui prouve bien la nécessité de cette gastro-entérostomie, c'est la constatation radioscopique, chez ces malades, du fonctionnement exclusif de la bouche anastomotique, le pylore étant exclu par la suture rétrécissante.

Un autre avantage immédiat de la G. E., c'est de détendre et de soulager les lignes de points et par conséquent de faciliter la cicatrisation. Elle permet également une alimentation plus précoce et hâte la guérison du malade.

Enfin, l'avenir du malade est mieux assuré par la gastro-entérostomie complémentaire. Il y trouve la condition d'un meilleur fonctionnement gastrique et l'assurance contre le risque d'une hémorragie et l'éventualité d'un nouvel ulcère. Dans sa statistique, Radoïevitch compare les résultats éloignés chez les malades simplement suturés et chez ceux qui ont subi une gastro-entérostomie complémentaire.

Dans le premier cas (suture simple), 49 opérés suivis :

28 bons résultats;

19 mauvais;

2 médiocres.

Dans le deuxième cas (G. E.), 63 opérés :

54 bons résultats;

4 assez bons;

5 mauvais.

Raymond Sullivan arrive aux mêmes résultats. Sur 8 perforations duodénales :

5 traitées par suture et G. E. : tous en bonne santé;

3 traitées par suture simple : tous présentent des troubles dyspeptiques.

Dans nos observations, les trois malades qui ont été suivis, ont eu une G. E. complémentaire; ils sont actuellement bien portants.

La valeur curative de cette opération dans les perforations duodénales n'est donc plus à discuter.

Existe-t-il un supplément de risque à pratiquer une gastro-entérostomie? On lui reproche de prolonger l'opération, de disséminer l'infection dans les parties saines de l'abdomen par les manœuvres qu'elle nécessite. Mais on sait que les liquides de perforation sont souvent stériles, tout au moins dans les premières heures.

Radoïevitch, établissant un parallèle entre la mortalité immédiate comparée des suturés simples et des suturés avec gastro-entérostomie, trouve une moindre léthalité chez ces derniers :

10 p. 100 au lieu de 23 p. 100 pour les malades opérés dans les douze premières heures;

39 p. 100 au lieu de 61 p. 100 pour ceux traités au delà de la douzième heure.

Mais dans plusieurs cas où la suture simple fut pratiquée, l'état général était si grave que l'intervention la plus rapide fut choisie.

En définitive, le mieux, comme le conseille le professeur Forgue, est « d'abandonner les chiffres et de s'en remettre au sens clinique, souverain juge des indications ».

Si on a pu réaliser une bonne suture, solide, sans fissures, sans trop de tiraillements des fils, sans sténose duodénale, l'indication d'urgence est remplie et, surtout si l'état général du sujet est mauvais, il est superflu de prolonger l'opération.

Si l'étanchéité et la solidité de la suture ne paraissent pas certaines, du fait d'un ulcère à base calleuse, à bords friables, ne tenant pas les fils, il faut pratiquer la gastro-entérostomie complémentaire. Elle sera de toute nécessité quand, au niveau de la région duodéno-pylorique, la suture a rétréci considérablement le calibre de l'intestin et paraît devoir entraîner des troubles mécaniques de stase.

IV. — Résection et gastro-pylorectomie.

L'excision large, avec gastro-pylorectomie plus ou moins étendue, doit-elle devenir le traitement de choix de la perforation duodénale? Ce serait une opinion exagérée. Il ne faut pas perdre de vue les conditions cliniques de l'ulcère perforé. Elles sont dominées par un facteur : le temps qui s'est écoulé depuis le début des accidents.

Aux premières heures, nous savons que l'épanchement péritonéal est souvent stérile, et peu virulent; le malade a souvent une période d'accalmie pendant laquelle le pouls est bon, l'état général satisfaisant. A ce stade précoce, on pourra entreprendre des interventions plus longues et plus radicales. La diffusion du liquide amicrobien, au cours des manœuvres de la pylorectomie n'est guère à redouter.

Passée la sixième heure, on se trouve souvent en présence d'un malade à faible résistance, au pouls petit, accéléré, d'un liquide sale dans l'abdomen, d'anses intestinales distendues et recouvertes de fausses membranes. La durée de l'opération devient un élément primordial du pronostic. La pylorectomie sera à rejeter dans ce cas.

Pratiquement, la question se pose à propos de ces cas où la suture malaisée, imparfaite, rétrécissante, inspire des dou-

tes au chirurgien et lui impose, comme mesure complémentaire, la gastro-entérostomie.

Dans le cas d'un ulcus duodénal où l'excision doit atteindre la portion adhérente de l'organe, la résection immédiate est souvent difficile et risquée et il vaut mieux adopter la G. E. complémentaire d'un enfouissement de l'ulcère.

Mais s'il s'agit d'un ulcus duodénal perforé juxtapylorique, reposant sur une large base indurée, chez un malade opéré précocement et bien résistant, ou d'un ulcère postérieur difficilement accessible et suturable malgré le décollement colo-épiploïque, ou d'un de ces rares cas d'ulcère double (kissing ulcer), dans tous ces cas, la gastro-pylorectomie, supprimant radicalement la lésion, donnera une garantie supérieure pour les suites immédiates, en même temps qu'une guérison radicale de l'ulcère.

Et cette supériorité technique sur la G. E. complémentaire d'une suture plus ou moins bonne n'est pas acquise au prix d'une opération plus longue et plus shockante. Le temps nécessaire pour l'exécution classique d'une gastro-pylorectomie ne dépasse guère celui que le chirurgien consacre à placer difficilement des étages de fil, pour finalement achever par une gastro-entérostomie, qui, si elle est faite à la suture, prendra au moins vingt à trente minutes.

Faite dans ces conditions, la gastro-pylorectomie ne comporte pas de supplément grave de mortalité. Dans la statistique de Radoïevitch, 124 cas traités par la pylorectomie dans les douze premières heures, n'ont donné que 14 décès (mortalité de 11 p. 100 inférieure à celle de la G. E. complémentaire);

26 pylorectomisés au delà de la douzième heure n'ont fourni qu'une mortalité de 12 p. 100 dans les quinze premières heures.

Duval, Kirchmeyer et ses élèves, pylorectomisent leurs perforés avec une mortalité de 12 p. 100 dans les quinze premières heures.

Toutefois, il faut se garder d'accorder à ces statistiques une

trop grande valeur, beaucoup étant présentées sous un jour trop favorable. Dans une récente statistique, Hartmann indique une mortalité de 40 p. 100 dans les douze premières heures.

La gastro-pyloréctomie reste donc, à l'heure actuelle, limitée à un certain nombre de cas, que nous avons énumérés précédemment.

OBSERVATIONS

A cause du faible nombre de nos observations, nous n'essayerons pas d'en tirer des conclusions. Nous nous sommes contenté d'exposer ce qui était intéressant dans chacune d'elles.

- Obs. I. — H. 27 ans. Quelques antécédents vagues. U. D. perforé (1^{re} portion). Suture et G.-E. (3^e heure). Guérison.
- Obs. II. — H. 60 ans. Quelques antécédents gastriques. U. D. perforé (1^{re} portion). Suture et G.-E. (6^e heure). Mort le lendemain (Complications pulmonaires).
- Obs. III. — H. 28 ans. Vagues antécédents. U. D. perforé (1^{re} portion). Suture et G.-E. (9^e heure). Guérison.
- Obs. IV. — F. 24 ans. Pas d'antécédents. U. D. perforé (1^{re} portion). Thermo-cautérisation et G.-E. (12^e heure). Guérison.
- Obs. V. — H. 72 ans. Pas d'antécédents. U. D. perforé (1^{re} portion). Suture simple (3^e jour). Mort.
- Obs. VI. — H. 42 ans. U. D. perforé. Suture et G.-E. (40^e heure). Mort.
- Obs. VII. — H. 26 ans. Antécédents typiques. U. D. perforé (1^{re} portion). Suture et G.-E. (36^e heure). Guérison.

OBSERVATION I.

Ulcère duodénal perforé opéré à la troisième heure.

Guérison.

D..., âgé de 27 ans.

Il y a trois ans, au mois de septembre 1925, alors qu'il se trouvait en chemin de fer, il a été pris brusquement, vers 6 heures du matin, d'une douleur extrêmement vive à l'épigastre. Pas de vomissements.

A son arrivée à Bordeaux, il se fait transporter aussitôt à l'hôpital où il est examiné à 8 heures du matin.

Examen. — Facies un peu pâle et anxieux. Température normale. Le maximum douloureux spontané et provoqué est au creux épigastrique et à l'hypocondre droit, sans irradiations dans le dos; la contracture est nettement localisée à la moitié sus-ombilicale du ventre, principalement dans la région sous-costale droite. Le ventre est plutôt rétracté; la matité hépatique est normale.

Antécédents personnels. — Le malade souffrait de l'estomac depuis quelque temps, mais les douleurs n'avaient pas de caractères bien précis.

En raison du mode de début, de la contracture, des antécédents, on porte le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal perforé.

Opération. — Intervention à 8 h. 30 (Dr Dufour). Anesthésie à l'éther.

Incision médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, s'échappe un peu de liquide sale avec quelques bulles de gaz; on voit de suite sur la face antérieure de la première portion du duodénum une perforation ayant les dimensions d'une lentille, reposant sur une base calleuse. On pratique l'enfouissement en deux plans et une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Bonnes suites opératoires.

Le malade est revenu à plusieurs reprises dans le service. Il ne présente pas de troubles digestifs. A la radioscopie, la bouche de la gastro-entérostomie fonctionne bien après absorption du repas opaque.

OBSERVATION II.

*Ulcus duodéno-pylorique perforé opéré à la sixième heure.
Mort le vingt-deuxième jour (complications pulmonaires).*

D..., âgé de 60 ans, veilleur de nuit. Habituellement bien portant. Dans ses antécédents, on relève quelques douleurs gastriques mal définies. Ces douleurs se sont accrues notablement dans les quelques jours ayant précédé la perforation, mais elles n'ont jamais eu les caractères des douleurs de l'ulcère.

Le 29 mars 1928, à 4 heures du matin, alors qu'il faisait une ronde, il fut pris tout d'un coup d'une douleur très vive au creux épigastrique. La douleur était telle que ce malade fut obligé de se coucher sur le sol. Pas de vomissements.

On le transporte vers 8 heures à l'hôpital. L'examen montre : visage un peu pâle, mais bon dans l'ensemble. Pouls à 72. Température à 37°4. La voix est un peu entrecoupée.

La palpation montre une contracture abdominale généralisée, mais surtout marquée dans la région épigastrique, elle diminue un peu à la partie inférieure de l'abdomen. Il n'y a pas de modification de la sonorité hépatique.

A 9 heures, le malade ne se plaignait plus. La douleur était très atténuée, mais la contracture n'avait pas diminué. La contracture était le seul symptôme, et, si on ne la recherchait pas, cet homme passait comme ayant une lésion bénigne.

En raison de cette contracture et des antécédents, on porte le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal perforé et l'on décide l'intervention. Opération à 10 heures (sixième heure).

Opération (Prof. Bégouin). — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture, il s'écoule une petite quantité de liquide louche. On voit à la partie antérieure de la région duodéno-pylorique un petit orifice rond, par lequel s'écoule un peu de liquide. Quelques fausses membranes récentes dans les environs.

Enfouissement en deux plans au fil de lin. Le rétrécissement n'est pas considérable, mais comme le malade supporte bien l'anesthésie, on fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Fermeture de la paroi en un plan.

Le malade meurt deux jours plus tard, du fait de complications pulmonaires.

OBSERVATION III.

Ulcus duodénal perforé opéré à la neuvième heure. Guérison.

P..., âgé de 28 ans, cultivateur.

Dans les antécédents, on ne relève que quelques troubles digestifs assez vagues.

Le 18 août 1928, après avoir bien dîné, il est pris soudainement, vers 10 heures du soir, d'une douleur extrêmement violente à l'épigastre. Il a deux vomissements alimentaires.

Le médecin appelé porte le diagnostic d'ulcus gastrique perforé et l'envoie à l'hôpital.

Examen à 11 heures du soir : Malade prostré, très pâle, courbé en deux. Température, 37°8. Pouls, 104. Les vomissements ont cessé; la douleur est un peu calmée; le ventre est rétracté. A la palpation : contracture généralisée, avec maximum dans l'hypocondre droit. La matité hépatique est un peu diminuée. Il n'y a pas de signes d'épanchement intra-abdominal.

Opération à minuit (neuvième heure) (Dr Mailhe). — Anesthésie à l'éther; dès le ventre ouvert, il s'écoule du liquide rougeâtre sentant le vin; pas de débris alimentaires dans le péritoine. L'estomac, exploré le premier, est sain; le duodénum présente, sur la face antérieure de la première portion une perforation à l'emporte-pièce de cinq millimètres de diamètre environ, au centre d'un ulcère calleux, grand comme une pièce de 2 francs. On pratique l'enfouissement à la soie et, par-dessus, on suture un peu d'épiploon. On termine par une gastro-entérostomie transmésocolique au fil de lin. La paroi est fermée en un plan.

La guérison survient sans autres incidents qu'une bronchite de la base droite, qui guérit assez facilement.

OBSERVATION IV.

Ulcère duodéal perforé. Guérison.

Mme A...

Jeune femme de 24 ans. Habituellement bien portante. N'a jamais souffert de l'estomac. Le 20 août 1928, à 6 heures du soir, elle a ressenti brusquement une douleur extrêmement vive dans la région ombilicale, et les phénomènes douloureux, accompagnés de quelques vomissements, ont persisté toute la nuit.

Le 21, au matin, elle fait appeler son médecin, qui porte le diagnostic d'appendicite aiguë ou de perforation gastrique et la fait trans-

porter dans une maison de santé. A son arrivée, on constate que l'état général est assez touché. Température, 37°8. Pouls dépassant 120. Respiration rapide et superficielle. Le ventre est douloureux dans son ensemble, mais c'est surtout la moitié droite qui est le siège de la douleur spontanée et provoquée. La contracture, généralisée, est plus intense à droite. Pas de matité abdominale. La matité du foie est respectée. Le toucher vaginal est négatif.

Diagnostic. — Ulcère perforé de l'estomac, probablement, sans qu'on puisse éliminer l'appendicite de façon absolue.

Opération. — Intervention à midi, le même jour (douzième heure) (Prof. Loubat). — Anesthésie à l'éther. On fait d'abord une incision de Roux dans la fosse iliaque droite : elle montre que l'appendice est indemne et que la sérosité purulente contenue dans l'abdomen semble provenir de l'étage supérieur. Suture de l'incision iliaque et incision médiane sus-ombilicale. On trouve tout de suite du liquide purulent plus épais et des exsudats fibrineux dont le maximum est dans la région sous-hépatique. A ce niveau, on constate la présence d'une perforation siégeant sur la face antérieure de la première portion du duodénum, à 3 centimètres du pylore. Tout autour d'elle, sur une étendue comparable à celle d'une pièce de 1 franc, la paroi duodénale est grisâtre, amincie, prête à se rompre. Il n'y a aucune adhérence viscérale à ce niveau. On fait :

1° Cautérisation au thermo de l'ulcère et destruction de toute la partie amincie.

2° Suture des bords de l'ulcère, avec un deuxième plan séro-séreux, le tout au fil de lin, et un troisième plan au catgut, composé par un fragment d'épiploon qui vient recouvrir le tout.

Comme la lumière duodénale est très rétrécie, on fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique (suture au catgut).

Suites opératoires. — Simples. La malade guérit dans les délais normaux.

Revue deux mois après l'opération, elle a engraisé, a bon appétit. Elle ressent seulement, de façon intermittente, des élancements douloureux dans l'hypocondre droit.

OBSERVATION V.

Ulcère duodénal perforé. Opéré le troisième jour. Mort.

B..., âgé de 72 ans. A joui pendant toute sa vie d'une bonne santé. Gros mangeur, quelques habitudes éthyliques, mais il ne se souvient pas d'avoir eu de crises douloureuses du côté de l'estomac.

Le 11 avril 1927, le malade commence à présenter des douleurs assez vives dans l'abdomen : coliques, dit-il, qui lui font suspendre ses occupations.

Le 13 avril, devant la persistance des phénomènes douloureux (douleurs surtout ombilicales), devant l'apparition de vomissements et la paresse pour évacuer l'intestin, il fait appeler son médecin, qui constate un état abdominal faisant penser à une occlusion incomplète : il ordonne des lavements, qui provoquent l'émission de quelques gaz.

Le 14 avril, les vomissements réapparaissent; le docteur Loubat est appelé en consultation.

Examen. — Température, 38 degrés. Pouls, 120. Abdomen distendu dans son ensemble, douloureux surtout dans la région péri-ombilicale, avec défense musculaire sensible dans tout l'étage inférieur. Un peu de matité dans les flancs.

D'après l'histoire de la maladie et l'examen clinique, on hésite entre une péritonite lente et une occlusion, peut-être incomplète, sans qu'on puisse préciser l'endroit malade. On conseille l'intervention, qui n'est acceptée par la famille que le lendemain.

Opération le 15 avril, à 11 heures du matin (Prof. Loubat). — Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane basse, qui permet de montrer la présence de liquide purulent dans tout le ventre. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles et adhérentes à la paroi. L'appendice, sain, est bientôt mis hors de cause, et la nappe purulente conduit vers l'hypocondre droit; après avoir agrandi l'incision vers le haut, on constate une perforation au niveau de la face antérieure de la première portion du duodénum. La perte de substance a les dimensions d'une lentille et siège au milieu d'un ulcère induré.

Devant la gravité de l'état général, on se contente de suturer la

perforation et de la capitonner avec de l'épiploon. Drainage localement et à la partie inférieure de l'incision abdominale par deux gros drains. Suture de la paroi en un plan.

Suites opératoires. — Intervention bien supportée, mais la constipation persiste. Le malade meurt trois jours après l'intervention.

En résumé, il s'agissait d'un ulcère duodénal latent, qui a abouti à une perforation et a déterminé des phénomènes de péritonite lente, qui, pendant quatre à cinq jours, ont pu en imposer pour une occlusion intestinale incomplète.

OBSERVATION VI.

Ulcus duodénal perforé. Opération à la quarantième heure. Mort.

G..., 42 ans. Il s'agit d'un Espagnol qui entre dans le service en période de péritonite généralisée. Quarante heures auparavant, il a ressenti une douleur abdominale en coup de poignard, avec irradiations dans l'épaule droite. Le médecin a porté le diagnostic de colique hépatique et a ordonné un traitement médical.

Opération le 23 décembre 1927 (Dr Dufour). — Ether (Ombrédanne). Péritonite généralisée et suppurée. Enfouissement de l'ulcère et gastro-entérostomie. Drain dans le Douglas. Mèche sous-hépatique.

Le malade meurt le lendemain matin.

OBSERVATION VII.

*Ulcère duodénal perforé. Opération à la trente-huitième heure.
Guérison.*

P..., 26 ans, entre à l'hôpital le 23 avril 1927. Il s'agit d'un malade qui présente dans ses antécédents une histoire typique d'ulcère duodénal : violentes douleurs siégeant à l'épigastre et irradiant dans l'hypocondre droit, apparaissant tardivement après les repas, calmées par les alcalins. Sous l'influence du régime, les douleurs disparaissent pendant des mois, pour réapparaître soudainement sous forme d'une nouvelle crise.

Il y a dix mois, il a ressenti brusquement une violente douleur en coup de poignard, siégeant au creux de l'estomac, irradiée vers l'hypocondre droit et vers l'épaule droite, avec vomissements. Cette douleur, extrêmement violente, dure quatre heures, et disparaît rapidement. Il ne persiste plus qu'une douleur sourde, continue, peu intense, siégeant dans l'hypocondre droit.

Au fur et à mesure que les mois passent, ces nouvelles douleurs deviennent plus intenses; elles siègent sous le rebord costal droit, et apparaissent sans horaires fixes. Le malade présente de l'anorexie et des alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 23 avril 1928, malaise général dans la matinée, avec sueurs profuses, perte d'appétit. Le soir, après dîner, le malaise augmente; puis, brusquement, le malade ressent une terrible douleur à l'épigastre, qui l'oblige à se recroqueviller sur lui-même. La douleur diminue rapidement d'intensité, mais persiste le 23 et le 24 avril, si bien que le malade entre à l'hôpital le 25.

Examen. — Abdomen contracturé dans toute son étendue, très douloureux au palper. Douleur et contracture ont leur maximum au niveau de la région sous-costale droite. Pas de ballonnement.

Percussion : Ne montre rien de particulier. L'état général est celui d'un infecté : teint subictérique; un peu de cyanose et de dyspnée. Température, 37°8. Pouls, 100.

On décide d'opérer immédiatement.

Opération (Dr Dufour). — Ether (Ombrédanne). Laparotomie médiane sus-ombilicale : issue d'un liquide louche, un peu verdâtre, sans odeur et peu abondant. On reconnaît, au niveau de la première portion du duodénum (face antérieure), qui est située profondément sous le foie, une perforation lenticulaire entourée d'une zone indurée. Enfouissement sous une double bourse. Le calibre du duodénum étant réduit à cet endroit, on fait une gastro-entérostomie transmésocolique au fil de lin. L'enfouissement de la perforation ne paraissant pas sûr, on place une mèche à son contact. Fermeture en un plan.

Suites opératoires. — Bonnes. On commande une ceinture abdominale.

Le 14 juillet 1928, six mois après l'opération, le malade est revu

bien portant. Il souffre de temps en temps, tous les mois ou tous les deux mois. Il va beaucoup mieux qu'avant l'opération.

La radioscopie montre la bouche de la gastro-entérostomie fonctionnant bien après absorption du repas opaque. Aucune trace de transit duodénal. Pas de points douloureux.

CONCLUSION

I. — On peut distinguer deux stades dans la perforation :

- a)* Stade de perforation, pendant lequel on doit faire le diagnostic et intervenir;
- b)* Stade de péritonite.

II. — Le facteur temps domine le pronostic et l'intervention. Le médecin est habituellement appelé de bonne heure auprès du malade. C'est de lui que dépend la vie du sujet.

III. — Au stade de perforation, le diagnostic d'ulcère duodénal perforé se base sur quatre grands symptômes :

- a)* Douleur atroce et soudaine;
- b)* Ventre de bois;
- c)* Siège élevé, épigastrique ou sous-costal de la douleur et de la contracture;
- d)* Passé gastrique du malade.

IV. — L'intervention variera suivant les conditions cliniques de la perforation :

- a)* Suture simple avec enfouissement si l'on est pressé;
- b)* La suture avec gastro-entérostomie complémentaire sera applicable dans la majorité des cas;
- c)* Résection avec pylorectomie, chez un malade bien résistant, en face d'un large ulcus calleux duodéno-pylorique.

V. — Après l'opération, le malade devra prendre certaines précautions : port de ceinture abdominale; bonne hygiène alimentaire; visites une ou deux fois par an chez le chirurgien qui l'a opéré.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BEGOUIN.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 17 novembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Thèses et revues générales.

- GAY. — Traitement des ulcères G. D. perforés. Thèse Paris, 1925.
KRAINIK. — Traitement des ulcères G. D. perforés. Thèse Paris, 1922.
LAURET. — Traitement des ulcères G. D. perforés. Thèse Paris, 1920.
METZGER. — Contribution à l'étude des ulcères G. D. perforés. Thèse Paris, 1925.
MONDOR et LAURET. — Les ulcères G. D. perforés. 1 livre.
MOYNIHAN. — L'ulcère duodénal. 1 livre.
RADOÏEVITCH. — Du meilleur traitement des ulcères G. D. perforés. Thèse Bordeaux, 1924.

II. — Articles concernant l'anatomie pathologique.

- BARBARO. — Sur un cas d'ulcère G. D. perforé. *Bull. et m. Soc. an. Paris*, décembre 1925, p. 268.
CADENAT. — Ulcère double du duodénum avec perforation. *Bull. Soc. an. Paris*, février 1920, p. 79.
DUVAL, ROUX et MOUTIER. — Rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères G. D. *Presse méd.*, Paris, 1925, p. 30.
JAMES, MASSON et HAROLD. — Sur les perforations multiples d'ulcères G. D. *Minnesota medicine*, mai 1927.
MOUTIER. — La perforation des ulcères G. D. ; étude anatomique et clinique. *Arch. des mal. de l'ap. dig.*, Paris, 1924, p. 70.
MOUTIER et GATELLIER. — Influence de la septicité sur des modalités anatomo-cliniques de l'ulcère G. D. perforé. *Arch. des mal. de l'ap. dig.*, Paris, 1926, p. 81.

III. — Symptomatologie et diagnostic.

- BASSET. — Diagnostic des ulcères G. D. perforés. *Bull. méd. de Québec*, 1924, p. 207.
- BÉGUIN. — Diagnostic et traitement des ulcères G. D. perforés. *Journ. médec. de Bordeaux*, 25 mai 1928, p. 380.
- BRENNER. — 27 cas d'ulcères G. D. perforés. *An. of surgery*, 1927, p. 393.
- BRUGEAS. — Ulcères G. D. perforés. *Arch. de méd. et ph. nav. de Paris*, 1924, p. 299.
- CHENUT. — Perforations latentes de l'ulcère G. D. *Gazette hebdom. des sc. méd. de Bord.*, 1926, p. 418.
- COUREAUD. — Ulcères G. D. perforés. *Arch. de méd. et ph. nav.*, Paris, 1926, p. 177.
- DANSEY. — Perforations aiguës du duodénum. *M. Journ. of Australia*, 1927, p. 172.
- DE WITT STETTEN. — *Am. Journ. of med. sciences*, avril 1927, p. 208.
- GOEDSELS. — Considérations cliniques sur les ulcères G. D. perforés. *Brux. médical*, 1927, p. 161.
- JOHNSTON. — Perforations aiguës de l'ulcère D. *Intern. clin. Philad.*, 1926, p. 143.
- FLYN (O.). — Perforation d'un ulcère D. chez un enfant. *British M. Journal*, 1925.
- LÖHR. — Considérations cliniques sur les ulcères G. D. perforés. *Deutsche Zeits. für chirurgie*, Leipzig, 1924, p. 289.
- MEYER et BRAHMS. — 62 cas d'ulcères G. D. perforés. *Am. J. of med. sc.*, 1926, p. 510.
- PAUCHET. — Types de perforations: *J. de médecine de Paris*, 1927, p. 361.
- RAMOND. — Les abcès sous-phréniques. *Cliniques*.
- STATTLER. — Diagnostic précoce de l'ulcère D. perforé. *Arch. für Verdam. Krankheiten*, 1927, p. 40.
- THOUVENIN. — Les ulcères G. D. perforés. *Arch. m. d'Angers*, 1927, p. 101.
- VAUGHAN et BRAMS. — Le diagnostic précoce des ulcères D. perforés par la radioscopie. *Surg. gynecol. et obst.*, Chicago, 1924, p. 610.

IV. — Traitements et résultats.

- BALL. — Ulcère G. D. perforé. *Saint-Barthélemy Hos. Rev.*, London, 1926, p. 49.
- BASSET. — Traitement des ulcères G. D. perforés. *Soc. chir. Paris*, 23 février 1924.
- CHAUVENET. — Les résultats éloignés des ulcères G. D. perforés. *J. méd. Bord.*, 1925, p. 462.
- FERNICOLA. — Traitement chirurgical des ulcères G. D. perforés en péritoine libre. *Pensa med. Argentina*, 1928, p. 1082.
- FORGUE. — Traitement des ulcères G. D. perforés. *Rev. méd. franç.*, novembre 1927.
- GIBSON. — Traitement des ulcères G. D. perforés. *Soc. chir. Paris*, 1923, p. 1069.
- HARTMANN. — Traitement des ulcères G. D. perforés. *Soc. chir. Paris*, 1923, p. 1056.
- HAYTER. — Ulcères G. D. perforés. *Virginia med. Monthly*, 1927, p. 247.
- HUNT. — Perforations aiguës de l'ulcère D. *Surgery and clinic Philad.*, 1924, p. 325.
- LANSAS. — Traitement des ulcères G. D. perforés. *Northwest med.*, 1927, p. 486.
- LECÈNE. — Résultats éloignés du traitement des ulcères G. D. perforés. *Soc. ch. Paris*, 1924, p. 275.
- MOWBRAY. — Ulcères D. perforés. *Canad. med. Associat. Journal*, Toronto, 1924, p. 833.
- PAUCHET. — Que deviennent les ulcères G. D. suturés? *Soc. de Paris*, 1926, p. 652.
- PAVLOWSKY. — Ulcères G. D. perforés en péritoine libre. *Bull. de la Soc. de chir. de Buenos-Ayres*, 1924, p. 924.
- POLLOCK. — Ulcères G. D. perforés. *Texas State med. Jour.*, 1926, p. 446.
- PERRIN. — Résultats éloignés de la suture des perforations des ulcères D. *Lyon chir.*, 1924, p. 499.
- RADOÏEVITCH. — Du meilleur traitement des ulcères G. D. perforés. *Rev. de chir.*, 1925, p. 162.

SHAWAN et VALE. — Perforations des ulcères D. *Ann. of surgery*, 1923, p. 342.

TURNER. — Traitement et suites opératoires des ulcères G. D. perforés. *Lancet*, London, 1925, p. 183.

VERNENGO. — Ulcères D. perforés. *Sem. méd. de Buenos-Ayres*, 1924, p. 1281.

